

Aniła Kubanek*

Przymus bezpośredni stosowany w celach leczniczych

Państwo, w celu realizacji swoich funkcji, wyposażone jest w różnorodne środki i narzędzia prawne. Jednym z najbardziej dolegliwych jest przymus bezpośredni, który wiąże się z użyciem siły fizycznej. Tylko państwo może legalnie stosować ten rodzaj przymusu, gdyż jego użycie głęboko ingeruje w sferę praw i wolności człowieka i obywatela. Przymus stosowany państwo może dotyczyć wielu sfer życia jednostki. Dlatego zjawisko to jest tak zróżnicowane i swym zakresem sięga tak wielu obszarów. Ich rozróżnienia dokonać można ze względu na cel zastosowania przymusu. Jednym z celów, omówionym w niniejszym artykule, jest cel leczniczy. Stosowanie przymusu jest więc związane ze zdrowiem, zwłaszcza zdrowiem psychicznym jednostki. Warunki i przesłanki zastosowania, rodzaje środków oraz krąg osób, wobec których przymus może być zastosowany są szczegółowo uregulowane przez prawo. Niespełnienie choćby jednego z tych warunków lub jednej z zasad zastosowania jest równoznaczne z przekroczeniem uprawnień. Oczywiście przymus nie jest celem samym w sobie, a środkiem / narzędziem realizacji wyższych celów, w przypadku niniejszego artykułu – celów leczniczych. Zatem celem zastosowania przymusu nie jest sprawienie dolegliwości jednostce, a ochrona osób trzecich przez bezpośrednimi atakami ze strony tej osoby oraz przejawom autoagresji.

* Autorka jest doktorantką Katedry Prawa Konstytucyjnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

1. Wprowadzenie

Przymus bezpośredni jest wyłącznie atrybutem państwa. Żaden inny podmiot, ani żadna jednostka nie jest uprawniona do jego stosowania, a jeśli sięga po te środki to dokonuje tego bezprawnie. Wyłącznie państwo posiada monopol na stosowanie tego rodzaju przymusu i realizuje to uprawnienie za pośrednictwem wyspecjalizowanych organów państwowych. Przymus bezpośredni, co należy na wstępie podkreślić, nie jest celem samym w sobie a narzędziem realizacji wyższych celów. Przymus jest stosowany jako środek uzyskiwania podporządkowania, niwelowania bezpośrednich zagrożeń czy też zapobiegania ich występowaniu w niedalekiej przyszłości.

Państwo może stosować przymus bezpośredni w różnych celach, które można określić jako obszary zastosowania przymusu. Wyodrębniam cztery główne obszary: zastosowanie przymusu w celu zapewnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego¹, w celach leczniczych, w celach wychowawczych² oraz w celu zapewnienia prawidłowego toku postępowania (postępowanie administracyjne, karne i cywilne).

Literatura przedmiotu, której analizy dokonano na potrzeby niniejszego artykułu, była uboga w komentarze do przepisów o przymusie bezpośrednim. Oczywiście komentarzy do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest niezwykle dużo, jednak przepisy o przymusie nie są już komentowane a wyłącznie cytowane. Stąd w niniejszym artykule zamieściłam komentarze autorskie, a założenia w nim zawarte oparte są o obowiązujące akty normatywne.

¹ Przymus bezpośredni stosowany przez funkcjonariuszy Policji, Służby Więziennej czy Straży Granicznej. Podstawa prawna: ustawa z dnia 23 maja 2013 roku o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz.U. z 2013r., Nr 628, poz. 1165, z późn zm.)

² Przymus bezpośredni stosowany przez wychowawców w zakładach poprawczych, schroniskach dla nieletnich oraz młodzieżowych ośrodkach adaptacyjnych, Podstawa prawna: ustawa z dnia 26 października 1982 roku o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 1982r., Nr 35, poz. 228, z późn. zm).

2. Kryteria wyodrębnienia przymusu bezpośredniego stosowanego w celach leczniczych

Stosowanie przymusu bezpośredniego w ramach obszaru leczniczego znacznie różni się od wspomnianych obszarów zastosowania. Przede wszystkim przymus ten może być stosowany wobec ściśle określonej kategorii osób. Są to wyłącznie: osoby z zaburzeniami psychicznymi (w tym pacjenci zakładów psychiatrycznych lub jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz osoby przebywające w KOZZD³), osoby w stanie nietrzeźwości doprowadzone do izby wytrzeźwień, placówki lub jednostki Policji oraz osoby, które nie poddają się obowiązkowi szczepieniom.

Krąg osób, wobec których można zastosować przymus jest zatem znacznie węższy niż w przypadku kręgu osób, wobec których przymus może zastosować np. Policja. Co więcej, nie występuje wśród wyżej wymienionych osób tak duże (o ile w ogóle występuje) nasilenie działań bezprawnych, niezgodnych z prawem, jakie występuje w przypadku sprawców czynów zabronionych, wobec których Policja stosuje przymus.

Ponadto czynnikiem odróżniającym omawiane obszary przymusu jest także miejsce jego zastosowania. W przypadku przymusu zastosowanego w celu zapewnienia bezpieczeństwa mogło to być (prawie) każde miejsce, w którym dojdzie do zagrożenia. W przypadku przymusu leczniczo-wychowawczego będą to wyłącznie placówki służby zdrowia (w kontekście szczepień), szpitale psychiatryczne, jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, KOZZD, izby wytrzeźwień (jednostki Policji lub inne placówki). Oznacza to, że lekarz nie może zastosować przymusu bezpośredniego poza szpitalem.

Specyfika przymusu bezpośredniego leczniczego powoduje, że ilość środków przymusu jest znacznie ograniczona w porównaniu do pozosta-

³ Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym utworzony w drodze ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2013 roku, Nr, poz. 24).

łych obszarów zastosowania przymusu. Trudno sobie bowiem wyobrazić, aby funkcjonariusz Policji miał do dyspozycji wobec sprawcy czynu zabronionego te same środki, które ma do dyspozycji lekarz w szpitalu psychiatrycznym wobec osoby niepoczytalnej stwarzającej chwilowe zagrożenie dla osób, będących w jej otoczeniu.

3. Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi umieszczonych w szpitalach psychiatrycznych

Najbardziej kontrowersyjnym zagadnieniem w kontekście stosowania przymusu bezpośredniego w omawianym obszarze jest jego zastosowanie w stosunku do pacjentów szpitali psychiatrycznych. Kontrowersja ta wynika głównie z faktu, że osoba, wobec której stosuje się przymus, nie do końca ma świadomość swoich czynów (lub wcale nie jest świadoma) i tym samym wątpliwe jest użycie wobec niej przymusu w celu uzyskania podporządkowania. Same podstawy działań tej osoby są podważalne (np. poprzez brak poczytalności), więc i środki wobec niej zastosowane budzą niekiedy wątpliwości. Poza tym, często dochodzi do głosu opinia, że w szpitalach psychiatrycznych, w związku z brakiem świadomości pacjentów, środki przymusu czy nawet przemoc są nadużywane, a ich pierwotny cel ulega zatarciu.

Niewątpliwie w przypadku pacjentów szpitali psychiatrycznych mamy do czynienia z jednym z ważniejszych dóbr jakim jest zdrowie, w tym zdrowie psychiczne człowieka. Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP z 1997 roku, każdy ma prawo do ochrony zdrowia, w tym także do ochrony zdrowia psychicznego. Kodeks cywilny z 1964 roku⁴ wymienia w art. 23 zdrowie, jako jedno z dóbr osobistych każdego człowieka. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego⁵ uznaje zdrowie psychiczne za fundamentalne dobro osobiste człowieka a odpowiedzialność za jego ochronę oraz ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi przypisuje organom państwa.

⁴ Dz.U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93, z późn. zm.

⁵ Dz.U. z 1994 r., Nr 111, poz. 535, z późn. zm.

Zdrowie psychiczne, jako jedno z dóbr człowieka, podlega więc ochronie w ramach wielu aktów prawnych. Jego znaczenie w życiu jednostki jest ogromne, co podyktowane jest wieloma uwarunkowaniami. Po pierwsze zdrowie psychiczne stanowi wyznacznik funkcjonowania w społeczeństwie, wyznacznik akceptacji społecznej i radzenia sobie jednostki w życiu codziennym, umiejętnego stawiania czoła problemom i wyzwaniom oraz, co istotne, wyznacznik odpowiadania określonym w społeczeństwie standardom. Niektóre bowiem z zachowań mogą być postrzegane w jednej kulturze za „normalne”, zwyczajowo przyjęte, podczas gdy w innej kulturze będą rodziły konsekwencje prawno-karne i odrzucenie społeczne. Osoby z zaburzeniami psychicznymi czują się często napiętnowane przez pozostałych członków wspólnoty społecznej, jako że nie odpowiadają przyjętym standardom. Dyskryminacja i odrzucenie przez innych może mieć bardzo negatywne konsekwencje⁶, w tym także samobójstwa.

Po drugie, zaburzenia zdrowia psychicznego stanowią jedno z podłoży motywacyjnych przestępstw⁷. Psychiatrzy analizując psychikę sprawców, często upatrują w negatywnych wydarzeniach mających miejsce w przeszłości (zwłaszcza na tle seksualnym), podstawy zaburzeń psychicznych, które następnie prowadzą do ataków na tle seksualnym na inne osoby.

Po trzecie, stan psychiki ma kluczowe znaczenie w kontekście odpowiedzialności za popełnione czyny zabronione. Zaburzenia psychiczne, mogą bowiem spowodować, że osoba w chwili popełnienia przestępstwa staje się niepoczytalna lub ma ograniczoną poczytalność. Dopuszczalne jest nawet wyłączenie odpowiedzialności karnej poprzez orzeczenie niepoczytalności sprawcy w momencie popełniania czynu zabronionego. Zgodnie z art. 31 §1 Kodeksu karnego⁸ nie popełnia przestępstwa, kto z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem. Jest to obok

⁶ T. Davis, T. Craig, *ABC zdrowia psychicznego*, Medical Press, Gdańsk 1999, s. 6.

⁷ A. Kubanek, *Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób wykazujących zaburzenia psychiczne*, [w:] *Studia z zakresu prawa, administracji i zarządzania Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Tom 4*, Wyd. IPAZ, Bydgoszcz 2013, s. 274.

⁸ Dz. U. z 1997r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.

błądu (co do faktu, co do prawa i co do kontratypu) i rozkazu przełożonego, jedna z okoliczności wyłączających (uchylające) winę⁹.

W związku z powyższym należy przyjąć, że zdrowie psychiczne jest niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania jednostki w społeczeństwie i zachowań zgodnych z prawem. Niestety nie zawsze zdrowie to można zachować w takim stanie, w jakim wymagają tego od nas „standardy kulturowe”. Nieustające napięcie i tempo życia codziennego, wielość czynników zewnętrznych przy niskiej odporności osobowości oraz osłabiona percepcja spowodowana natłokiem bodźców zewnętrznych powodują, że psychika człowieka staje się coraz słabsza i coraz bardziej podatna na stresory¹⁰. Bez względu na przyczynę lub czynnik wpływający na człowieka, jego zdrowie psychiczne jest w ówczesnych czasach bardzo zagrożone. Zaburzenia psychiczne dotyczą coraz większej liczby osób i mają ogromny wpływ na funkcjonowanie całych współczesnych społeczeństw.

Podstawowym aktem dotyczącym stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, umieszczonych w szpitalach psychiatrycznych jest ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego¹¹. Ustawa w art. 1 ust. 1 podkreśla, że ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. Dlatego dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustawodawca przewidział specjalne placówki, które stanowią zakłady opieki zdrowotnej i które udzielają świadczeń zdrowotnych osobom tego wymagającym. Są to szpitale psychiatryczne, których celem jest odbycie terapii psychiatrycznej. W Polsce są one dotowane z budżetu państwa. Dzielą się na szpitale otwarte i za-

⁹ I. Bernatek-Zagula, P. Kobes, *Prawo karne dla administratywistów. Zarys problematyki*, PWSZ, Legnica 2013, s. 23.

¹⁰ Pojęcie stresorów wprowadzone zostało w ramach teorii salutogenezy przez profesora socjologii medycyny – Aarona Antonovskiego. Zdaniem autora istotą stresorów jest to, że rodzą napięcie. Wyróżnia on stresory przewlekłe (sytuacja życiowa, stan bądź cecha o podstawowym znaczeniu w życiu jednostki), ważne wydarzenia życiowe oraz dokuczliwe kłopoty codzienne. A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005, s. 42-43.

¹¹ Dz.U. z 1994r., Nr 111, poz. 535.

mnęte, mogą się specjalizować w leczeniu chorób lub uzależnień. Podobną funkcję pełnią zakłady psychiatryczne, które mogą być oddziałami ogólnego szpitala¹².

Art. 3 pkt. 2 cytowanej ustawy uznaje za szpital psychiatryczny również: oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym, klinikę psychiatryczną, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, inne przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową. Ustawodawca, uszczegółowiając zakres podmiotowy pojęcia szpital psychiatryczny, stworzył tym samym listę placówek psychiatrycznych, w których można stosować przymus bezpośredni. W żadnym innym miejscu poza wymienionymi w art. 3 pkt. 2 ustawy placówkami personelowi medycznemu nie wolno stosować przymusu bezpośredniego na mocy cytowanej ustawy.

W art. 3, oprócz enumeratywnego wymienienia placówek, ustawodawca zamieścił także zapisy dotyczące kręgu osób, wobec których można stosować przymus bezpośredni. Punkt 1 art. 3 zawiera doprecyzowanie pojęcia osoby z zaburzeniami psychicznymi. Jest to osoba: chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne) lub upośledzona umysłowo lub wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Ustawodawca reguluje, że przymus bezpośredni można stosować tylko i wyłącznie, gdy przepis ustawy o ochronie zdrowia psychicznego do tego upoważnia. Są to następujące przypadki: art. 21 ust. 3 ustawy, który uprawnia do zastosowania przymusu bezpośredniego podczas przewożenia pacjenta, po zarządzeniu przez lekarza bezzwłocznego przekazania pacjenta do szpitala psychiatrycznego. W takim przypadku można zastosować przymus bezpośredni (w celu dostarczenia pacjenta do szpitala) jednak musi to zostać wykonane w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego. Kolejny przypadek - art. 34 ustawy – wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej

¹² M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 343, 346.

zgody można stosować przymus bezpośredni w celu dokonania niezbędnych czynności leczniczych (mających na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody). Upoważnienie występuje także w przypadku zapobieżenia opuszczenia szpitala psychiatrycznego (art. 34 ustawy) lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej (art. 40 ust. 3 ustawy)¹³ lub w przypadku wykonywania postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego (w tym zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie przez Policję).

Ponadto, zgodnie z art. 18 ust. 1 cytowanej ustawy, występują określone przesłanki zastosowania przymusu, których źródłem jest zachowanie osoby z zaburzeniami psychicznymi. Zatem przymus bezpośredni można stosować, jeżeli dana osoba: dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu, lub w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu, lub poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej

Obowiązują ogólne zasady dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi. Zasady te reguluje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, jak również akt wykonawczy – Rozporządzenie z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania¹⁴.

Zasada ostrzeżenia o zastosowaniu, zgodnie z którą przed zastosowaniem przymusu uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Obowiązuje także zasada minimalizacji skutków, zgodnie z którą przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy¹⁵. Zgodnie z A. Millerem, który w ra-

¹³ Zapobieżenie opuszczeniu szpitala psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej nie jest przesłanką w ramach przesłanek zastosowania przymusu bezpośredniego określonych w art. 18 ust. 1

¹⁴ Dz.U. z 2012 r., poz. 740.

¹⁵ Analogiczne zasady występują w przypadku stosowania śpb w ramach ustawy o śpb z 2013 roku. Nazwy zasad wprowadzone przez doktrynę, np. A. Tyburska (red.),

mach badań socjologicznych spędził 11 tygodni w szpitalu psychiatrycznym, podczas pobytu w szpitalu „charakterystyczne były częste ustne oskarżenia kierowane przez personel w stosunku do naruszających wewnętrzny porządek pacjentów. Z jednej strony obowiązujące regulacje prawne wymagają, by każdorazowe zastosowanie przymusu bezpośredniego było poprzedzone ostrzeżeniem, z drugiej strony słowne przestrogi pełniły dodatkową funkcję. Podkreślały istnienie władztwa personelu nad podwładnymi, charakterystycznego dla instytucji totalnych i wyrażającego się w obecności systemu atrybutów będących w dyspozycji personelu, a służących zapewnianiu przestrzegania ustanowionych w instytucji reguł. Słowne ostrzeżenia, nawet jeżeli aktualna sytuacja wskazywała na nikłe prawdopodobieństwo ich wcielenia w życie, wpływały na kształtowanie i podtrzymywanie wśród pacjentów przekonania o byciu poddanym instytucjonalnemu nadzorowi i kontroli, przewidującym określone sposoby egzekwowania posłuszeństwa”¹⁶.

Przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. Zgodnie a §2 Rozporządzenia, zastosować można więcej niż jeden środek spośród przewidzianych ustawą. Przymus może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania (zasada niezbędności).

Art. 3 pkt. 6 określa poszczególne rodzaje środków przymusu bezpośredniego, które mogą zostać zastosowane wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przebywających w szpitalach psychiatrycznych. Należą do nich: przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie oraz izolacja.

Przy czym zaznaczyć należy, że w stosunku do osób, które dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnym lub innej osoby oraz mieniu oraz osób, które w sposób gwałtowny niszczą przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu – można zastosować każdy z wyżej wymienionych środków. Jednak w przypadku osób, które poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego – wyłącznie przytrzymanie lub przymusowe podanie leków.

Wybrane zagadnienia dotyczące środków przymusu bezpośredniego i broni palnej przez policjantów, Wyd. WSPol, Szczytno 2009, s. 10 i 11.

¹⁶ A. Miller, *Szpital psychiatryczny jako instytucja totalna. Socjologiczne studium przypadku*, WUW, Warszawa 2013, s. 171-173.

Przetrzymanie polega na doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej.

Przymusowe podanie leków to doraźne lub w przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody.

Unieruchomienie to obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych. Odbywa się ono, zgodnie z §7 ust. 1 Rozporządzenia w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku braku takiej możliwości środek ten jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu. Unieruchomienie musi być realizowane z zapewnieniem poszanowania godności i intymności danej osoby, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób (§7 ust. 2).

Izolacja polega na umieszczeniu osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu. Oznacza to, zgodnie z § 8 ust. 1 Rozporządzenia, że pomieszczenie powinno być urządzone w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi. Dodatkowo, pomieszczenie to powinno odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Zgodnie z § 9 Rozporządzenia osobie z zaburzeniami psychicznymi, wobec której stosowany jest przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby lub osób trzecich. Konfiskacie powinny podlegać w szczególności: przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródła ognia.

Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu, która umożliwia stały nadzór nad osobą odizolowaną oraz kontrolę wykonywania obowiązków pielęgniarstwa, tj. kontrolowanie stanu fizycznego osoby izolowanej (jak również unieruchomionej) nie rzadziej niż co 15 minut - również w czasie snu tej osoby (§10 ust. 1 Rozporządzenia). W trakcie kontroli pielęgniarstwo ocenia prawidłowość unieruchomienia, a w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inne urządzenia techniczne nie są

założone zbyt luźno albo zbyt ciasno. Ponadto w ramach kontroli pielęgniarka zapewnia krótkotrwałe częściowe lub całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od nieuruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych. Uwolnienie to nie może występować rzadziej niż co 4 godziny.

Stan fizyczny osoby unieruchomionej jest więc kontrolowany i systematycznie weryfikowany. Jeśli wystąpi zagrożenie dla zdrowia lub życia osoby unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka jest obowiązana zawiadomić lekarza¹⁷.

Unieruchomienie lub izolacja może być zlecona na czas nie dłuższy niż 4 godziny. Lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu na następne dwa okresy, nie dłuższe niż 6-godzinne. Po dwukrotnym przedłużeniu okresu stosowania dalsze przedłużenie stosowania tych środków (na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne) jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz po uzyskaniu opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą. Jeżeli łączny okres zastosowania przymusu wyniesie 24 godziny, to obowiązkiem lekarza jest powiadomienie również ordynatora (§4 ust. 6 Rozporządzenia). Jeżeli sytuacja ma miejsce w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, gdzie nie jest zatrudniony lekarz, pielęgniarka, które zdecydowała o zastosowaniu unieruchomienia lub izolacji, może przedłużyć okres stosowania na okres nie dłuższy niż 4 godziny. W tych placówkach czas stosowania przymusu nie może zatem przekroczyć łącznie 8 godzin (jednorazowe przedłużenie). Dalsze przedłużenie jest dopuszczalne ale wyłącznie w warunkach szpitalnych.

Zgodnie z A. Millerem, pasy to najczęściej stosowany w szpitalach psychiatrycznych środek przymusu bezpośredniego. Jest to jeden z pierwszych tzw. humanitarnych środków penalizacyjnych, które nie polegały już na naruszeniu integralności cielesnej pacjentów. Ten rodzaj środka przymusu (unieruchomienie), zdaniem cytowanego autora, najczęściej był stosowany wobec pacjentów, którzy uporczywie naruszali

¹⁷ Lub Państwowe Ratownictwo Medyczne jeśli dana jednostka organizacyjna pomocy społecznej nie zatrudnia lekarza.

postanowienia szpitalnych regulaminów, zakłócając tym samym funkcjonowanie całego podmiotu leczniczego, jak również wobec pacjentów agresywnych (wdających się w bójki, zaczepiających innych) w stosunku do innych i do personelu oraz pacjentów niszczących mienie danej placówki. Po ten środek uprawnieni sięgali w ostateczności, kiedy środki słowne nie przynosiły oczekiwanych rezultatów i gdy nie można było oczekiwać zmiany w zachowaniu pacjenta. Zdaniem socjologa, w „pasach leżały bardzo często osoby nowo przyjęte do szpitala, przebywające w sali obserwacyjnej. Uzasadnione to było głównie troską o ich własne zdrowie (np. uniemożliwienie choremu wyjęcia założonego wenflonu)”. Pozostałe środki przymusu były, zdaniem socjologa, znacznie rzadziej stosowane. „Przykładowo, wbrew powszechnie obowiązującym wyobrażeniom o notorycznym używaniu kaftana bezpieczeństwa do poskramiania niesubordynowanych pacjentów, w ciągu 11 tygodni przebywania w szpitalu zastosowano kaftan jedynie dwukrotnie. Kaftan bowiem staje się bezużyteczny, jeśli chodzi o unieruchomienie osoby – uniemożliwia wykonywanie ruchów rękami, lecz nie zapobiega przemieszczaniu się pacjenta”¹⁸.

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje co do zasady lekarz, który jednocześnie określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie (art. 18 ust. 2 ustawy). Przy czym, lekarz ma obowiązek powiadomić kierownika danego podmiotu leczniczego o zastosowaniu przymusu. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, która jest tym samym obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie lekarza. Również w tym przypadku pielęgniarka nadzoruje osobiście zastosowanie przymusu. Zaznaczyć należy, że lekarz ma obowiązek niezwłocznie zatwierdzić (poprzez osobiste badanie osoby z zaburzeniami psychicznymi) zlecony przez pielęgniarkę przymus lub nakazać zaprzestanie jego stosowania.

Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie decyzji ani lekarza, ani pielęgniarki o zastosowaniu przymusu decyduje kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych (np. w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi, po wystąpieniu przesłanek określonych w art. 18

¹⁸ A. Miller, *Szpital psychiatryczny...*, s. 174.

ust. 1), który jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie dyspozytora medycznego. Przy czym zaznaczyć należy, że zgodnie z art. 18 ust. 7, kierujący akcją może zastosować wyłącznie przymus polegający na unieruchomieniu lub przytrzymaniu. Przymus bezpośredni w omawianym przypadku stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny dla uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku, gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego. Przewiezienie osoby, wobec której zastosowano unieruchomienie lub przytrzymanie następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.

Jeżeli przesłanka zastosowania przymusu wystąpiła w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza pielęgniarka przekazuje meldunek o zastosowaniu kierownikowi jednostki, który ma obowiązek poinformowania o tym fakcie upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii. Zauważyć należy, że w procedurze zastosowania przymusu bezpośredniego każdorazowo musi pojawić się weryfikacja dokonana przez lekarza (na różnych etapach procedury), który zatwierdza lub ewentualnie przerywa stosowanie przymusu jak również dokonuje oceny i zasadności zastosowania.

W przypadkach określonych powyżej lekarz, pielęgniarka lub kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych mają prawo żądania pomocy od Państwowego ratownictwa Medycznego, Policji oraz Państwowej Straży Pożarnej, w celu realizacji środków przymusu przewidzianych w ustawie.

Zgodnie z art. 18 ust. 2 każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Regulacje dotyczące dokumentowania i badania zasadności zastosowania przymusu w konkretnej sytuacji zawarte są w cytowanym wcześniej Rozporządzeniu. Podkreślenia wymaga fakt, że obowiązek dokumentowania zastosowania obowiązuje w każdej z placówek. Najszerszy jest on w przypadku szpitala psychiatrycznego, gdzie notatka umieszczona w historii choroby zawiera takie informacje jak: zastosowany środek przymusu bezpośredniego, przyczyny zastosowania, w tym uzasadnienie wyboru danego środka, czas stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczyny jego

ewentualnego przedłużenia, informacje o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przed zastosowaniem środka, że środek ten ma zostać wobec niej podjęty.

Informację o zastosowaniu umieszcza się także w księdze raportów (szpital psychiatryczny) i rejestrze (jednostka organizacyjna pomocy społecznej). Ponadto, jeżeli środkiem przymusu było unieruchomienie lub izolacja, osoba decydująca o zastosowaniu środka wypełnia niezwłocznie kartę unieruchomienia lub izolacji, uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu, wybór środka i czas jego stosowania.

Analizując przepisy dotyczące zawiadamiania o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz związane z tym zawiadamianiem obowiązki, w tym weryfikację zlecenia przymusu, badanie zasadności zastosowania itp. można wysnuć wniosek, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego i akty wykonawcze kładą duży nacisk na prawidłowe zastosowanie przymusu, poparte wystąpieniem przesłanki, doborem odpowiedniego środka i czasu stosowania. Dlatego z całą pewnością można stwierdzić, że zapis w ustawie (art. 18 ust. 11) o uwzględnieniu potrzeb ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni, jest w pełni realizowany.

Od przymusu bezpośredniego stosowanego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi należy odróżnić przymusowe leczenie, w ramach którego dokonuje się czynności medycznych (badań laboratoryjnych, diagnostycznych czy hospitalizacji), a które to czynności mogą być wykonywane bez zgody pacjenta¹⁹.

Zjawisko stosowania przymusu w szpitalach psychiatrycznych jest dość częste. Nie oznacza to jednak, że w tych placówkach przymus jest nadużywany. Przyczyną częstego stosowania tego rodzaju środków jest wystąpienie ustawowych przesłanek czy też potrzeb zastosowania przymusu oraz znaczny wzrost ilości pacjentów i tym samym osób z zaburzeniami psychicznymi. Dla celów niniejszej pracy przeprowadzono analizę skali zjawiska, której poddano szpitale psychiatryczne w Polsce. Poniższa tabela prezentuje wyniki badań.

Jak relacjonuje A. Miller, „przebywający w szpitalu pacjenci nie mieli żalu do personelu o użycie środków przymusu bezpośredniego, nie

¹⁹ J. Zajdet, *Prawo w medycynie. Podręcznik dla lekarzy*, Progress, Łódź 2006, s. 27.

podważali celowości ich zastosowania, a także przeważnie nie dostrzegali tych środków jako wymierzonych przeciwko ich godności czy zmierzających do ich poniżenia, raczej milcząco je akceptując. Na taki stan rzeczy wpływ miało niewątpliwie to, że ten atrybut władzy przysługujący personelowi ulegał aktualizacji tylko w sytuacjach naprawdę wyjątkowych, gdy zawodziły inne sposoby zapewnianie porządku lub bezpieczeństwa, konkretne okoliczności uzasadniały sięgnięcie do bardziej zdecydowanych rozwiązań. W mojej subiektywnej ocenie personel nigdy nie nadużył władzy przysługującej mu z tytułu możliwości stosowania środków penalizacyjnych. Pacjenci dobrze wiedzieli, za jakie kategorie naruszeń groził konkretny środek, dzięki czemu mogli kierować (starać się kierować) swoim postępowaniem, by nie narażać się na najcięższy wymiar sankcji”²⁰.

Tabela 1. Ilość przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych w Polsce w latach 2011-2014

L.p.	Nazwa szpitala	Przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego			
		2011	2012	2013	2014
1.	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu	538	412	524	539
2.	Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim	1857	984	1121	1343
3.	Szpital w Lipnie (3 Oddziały Psychiatryczne)	219	244	233	141
4.	Mazowieckie Centrum Psychiatrii „DREWNICA” Żąbki	1068	1059	813	714
5.	Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi	261	156	242	254
6.	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Lublińcu	2030	1838	1531	1552

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zebranych danych

4. Stosowanie przymusu bezpośredniego w KOZZD

Biorąc pod uwagę osoby z zaburzeniami psychicznymi przymus bezpośredni można również stosować wobec osadzonych w Krajowym

²⁰ A. Miller, *Szpital psychiatryczny...*, op. cit., s. 175.

Ośrodki Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym. Kwestie te reguluje ustawa z 22 listopada 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób²¹ (nazywana dalej ustawą o osobach stwarzających zagrożenie). W mediach i opinii publicznej ustawa ta określana jest jako „ustawa o bestiach”. Spowodowane jest to faktem, że w Ośrodku tym umieszczane są osoby „stwarzające zagrożenie”, a więc osoby, które: odbywają prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności lub karę 25 lat pozbawienia wolności, wykonywana w systemie terapeutycznym i są w trakcie postępowania wykonawczego występowały u nich zaburzenia psychiczne w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych i stwierdzone u nich zaburzenia psychiczne mają taki charakter lub takie nasilenie, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat.

Reasumując, osoba spełniająca łącznie wszystkie z powyższych przesłanek powinna zostać umieszczona w Ośrodku, w celu zapobieżenia niebezpieczeństwu czy zagrożeniu, jakie mogłoby wystąpić, gdyby dana osoba znalazła się na wolności. Osoby pozbawione wolności za najcięższe zbrodnie czy czyny po określonym czasie mają prawo do wolności. Jednak część z nich, podczas odbywania kary pozbawienia wolności, wykazywała lub nadal wykazuje zaburzenia czynności psychicznych, które mogą rodzić zagrożenie dla innych osób. Dlatego powołano Ośrodek, w którym osoby takie, po opuszczenia zakładu karnego, zostaną umieszczone. Zgodnie z art. 4 ust. 3 zadaniem Ośrodka jest prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku.

Ustawa jest przedmiotem licznych wątpliwości, kontrowersji a w konsekwencji analizy zgodności z Konstytucją, która przeprowadzana jest właśnie przez Trybunał Konstytucyjny na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich (nr sprawy w Trybunale Konstytucyjnym K11/14).

²¹ Dz.U. z 2014, poz. 24.

W ramach funkcjonowania Ośrodka powołano służby ochrony, której zadania są realizowane przez pracowników wpisanych na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej²². Do zadań służby ochrony należy, zgodnie z art. 6 ust. 2 cytowanej ustawy, ochrona osób przebywających w Ośrodku, ochrona mienia, zapewnienie bezpieczeństwa i porządku na terenie Ośrodka, a także zapewnienie, aby osoby stwarzające zagrożenie w nim umieszczone nie opuściły go i nie oddaliły się samowolnie.

W ramach uprawnień pracownik ochrony może zastosować względem osoby umieszczonej w Ośrodku przymus bezpośredni. Podobnie jak w przypadku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego również w tym przypadku obowiązują ogólne zasady stosowania przymusu bezpośredniego. Przede wszystkim nie można go stosować dłużej niż wymaga tego potrzeba. Poza tym analogicznie występują w art. 34 ust. 3 ustawy: zasada ostrzeżenia (uprzedzenie o zastosowaniu przymusu), zasada minimalizacji skutków (przymus możliwie najmniej uciążliwy). Przy czym ustawa powołująca Ośrodek wprowadza wyjątek od zasady ostrzeżenia – chyba że natychmiastowe zastosowanie przymusu bezpośredniego jest niezbędne dla zapobieżenia niebezpieczeństwu dla życia lub zdrowia.

Ustawodawca, w art. 35 ust. 1 zawarł katalog przesłanek zastosowania przymusu bezpośredniego. Część z nich jest analogiczna jak w przypadku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Występują jednak przesłanki dodatkowe, związane z funkcjonowaniem Ośrodka. Do przesłanek zastosowania przymusu należą więc²³: dopuszczenie się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub dopuszczenie się zamachu na bezpieczeństwo powszechne, lub niszczenie lub uszkadzanie w sposób gwałtowny przedmiotów znajdujących się w otoczeniu, lub zachowanie się w sposób powodujący poważne zakłócenia w funkcjonowaniu Ośrodka, **próby samowolnego opuszczenia Ośrodka, na-**

²² Są to pracownicy ochrony fizycznej wykonujący swoje uprawnienia na podstawie ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 roku o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 1997 r., Nr 114, poz. 740, z późn. zm.)

²³ Pogrubieniem oznaczono przesłanki odmienne niż w przypadku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

wolywanie innych osób do w/w zachowań, próby oddalenia się samowolnie, podczas przebywania poza terenem Ośrodka w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Dodatkowo, ustawa przewiduje możliwość zastosowania przymusu w celach prewencyjnych. Przesłankami zastosowania tego rodzaju przymusu są: zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się osoby pozostającej pod nadzorem służby ochrony poza Ośrodkiem oraz jeżeli zachowanie osoby stwarzającej zagrożenie wskazuje, że jest to niezbędne dla zapobieżenia jej agresji lub autoagresji (art. 35 ust. 2 ustawy).

Rodzaje środków przymusu bezpośredniego stosowanych przez pracowników ochrony Ośrodka są analogiczne jak w przypadku środków przymusu stosowanych przez lekarzy i pielęgniarki w szpitalach psychiatrycznych, z zastrzeżeniem, że w przypadku pracowników ochrony katalog jest znacznie szerszy. Do środków tych zalicza się²⁴:

- przytrzymanie,
- przymusowe podanie produktów leczniczych,
- założenie pasów obezwładniających lub kaftana bezpieczeństwa,
- izolacja,
- użycie:
 - kajdanek,
 - pałki służbowej,
 - ręcznego miotacza substancji obezwładniających.

Biorąc pod uwagę możliwość zastosowania przymusu prewencyjnego zaznaczyć należy, że uprawnienie to nie dotyczy założenia pasów czy kaftana bezpieczeństwa oraz użycia kajdanek, pałki służbowej czy miotacza. Ponadto, ustawodawca sugeruje w art. 38 ust. 1 ustawy, że w pierwszej kolejności należy stosować pierwsze cztery rodzaje z wymienionych środków przymusu, a więc tożsame jak w przypadku osób z zaburzeniami w szpitalach psychiatrycznych.

²⁴ Pogrubieniem oznaczono środki odmienne niż w przypadku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, z zastrzeżeniem, że: w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego użyto sformułowania: przymusowe podanie leków - nie produktów leczniczych, w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego środek ten określa się jako unieruchomienie, bez podawania środków technicznych do tego użytych.

Rozszerzenie katalogu dostępnych środków przymusu, w stosunku do katalogu środków stosowanych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych, może być spowodowane faktem, że w Ośrodku umieszczane są jednostki, które popełniły czyn zabroniony i (zgodnie z art. 1 ustawy) odbywają prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności lub karę 25 lat pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. Tak więc jednostki te w przeszłości postępowały niezgodnie z prawem, często naruszając zdrowie lub życie innych osób, a stwierdzone u nich zaburzenia psychiczne sugerują, że możliwe jest ponownie ich popełnienie. W związku z tym, dostępne środki egzekwowania posłuszeństwa takich osób muszą być bardziej dolegliwe niż w przypadku osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych, które również wykazują zaburzenia psychiczne, ale nie popełniły wcześniej czynów prawem zabronionych.

Ustawodawca zastrzega jednak, że środków w ramach rozszerzonego katalogu (a więc użycia kajdanek, pałek służbowych oraz miotaczy) nie stosuje się w przypadku osób o widocznej niepełnosprawności, kobiet o widocznej ciąży oraz osób powyżej 70. roku życia (art. 38 ust. 3 ustawy).

Przytrzymanie, przymusowe podanie produktów leczniczych oraz założenie pasów obezwładniających lub kaftana bezpieczeństwa definiowane jest w sposób analogiczny jak w przypadku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (art. 37 ust. 1 i 2 oraz art. 40 ust. 1 i 2 ustawy o osobach stwarzających zagrożenie). Dodatkowo ustawodawca reguluje, że użycie pasów lub kaftana nie może utrudniać oddychania ani tamować obiegu krwi.

Analogicznie jak w przypadku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stosuje się środek w postaci izolacji. Identyczne są także regulacje dotyczące czasu izolacji oraz zastosowania pasów lub kaftana, tj. okres nie dłuższy niż 4 godzinne, możliwość przedłużenia na kolejne dwa okresy nie dłuższe niż 6 godzinne, po uprzednim osobistym zbadaniu danej osoby przez lekarza. Po upływie 16 godzin unieruchomienia lub izolacji możliwe jest dalsze przedłużenie na kolejny okres, nie dłuższy niż 6 godzinny, z zastrzeżeniem, że lekarz musi przeprowadzić osobiście badanie danej osoby oraz uzyskać opinię innego lekarza.

Analogiczne są także obowiązki związane z kontrolowaniem stanu fizycznego osoby unieruchomionej lub izolowanej. Kontrola co 15 minut, również w czasie snu, nie rzadziej niż co 4 godziny, zawiadomienie lekarza a zagrożeniu zdrowia lub życia itd.

Przymus bezpośredni stosowany w Ośrodku jest najbardziej specyficzną formą przymusu występującego w systemie prawnym, ze względu na fakt, że jest to „przymus łączony”. Część uprawnień należy do lekarza lub pielęgniarki, a część do służby ochrony funkcjonującej w Ośrodku. Oczywiście sam zamysł jest w pełni uzasadniony, jednak w żadnym innym akcie prawnym nie funkcjonuje przymus w takim układzie. Poniższa tabela charakteryzuje uprawnienie zastosowanie przymusu przez określone podmioty.

Interesującym, ze względu na swoją specyfikę, zapisem jest art. 43, który stanowi, że jeżeli w wyniku zastosowania przymusu bezpośredniego nastąpiło zranienie lub inne uszkodzenie ciała osoby lub wystąpiły inne widoczne objawy zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego, pracownik służby ochrony udziela niezwłocznie pierwszej pomocy lub zapewnia udzielenie kwalifikowanej pierwszej pomocy lub medycznych czynności ratunkowych. Może on jednak odstąpić od udzielenia pomocy, gdy mogłoby to zagrozić jego życiu lub zdrowiu albo życiu lub zdrowiu innej osoby lub wtedy, gdy inna osoba udzieliła osobie poszkodowanej pierwszej pomocy. W przypadku nastąpienia zranienia osoby przebywającej w Ośrodku, a nawet jej śmierci, pracownik służby ochrony jest zobowiązany zabezpieczyć miejsce zdarzenia, a kierownik Ośrodka niezwłocznie zawiadomić o zdarzeniu właściwą miejscowo jednostkę organizacyjną Policji.

Również w przypadku przymusu stosowanego w Ośrodku bardzo ważnym zagadnieniem jest dokumentowanie faktu jego zastosowania. Zwłaszcza, że mamy tu do czynienia z przymusem łączonym, w ramach którego ewentualną odpowiedzialność ponosi większa grupa osób. Pracownik służby ochrony dokumentuje w notatce służbowej każde zastosowanie przymusu bezpośredniego, po czym przekazuje notatkę w celu umieszczenia w dokumentacji medycznej. Dodatkowo, o każdorazowym zastosowaniu przymusu niezwłocznie zawiadamia się kierownika Ośrodka, który w terminie 3 dni ocenia jego zasadność, odnotowując tę ocenę w dokumentacji medycznej. Zauważyć można, że w przypadku

przymusu stosowanego w Ośrodku, również występuje weryfikacja i badanie zasadności zastosowania tych dolegliwych środków. Uprawnienie to nie jest wyłącznie atrybutem władzy w rękach pracowników ochrony (czy lekarzy), a narzędziem ochrony osób umieszczonych w Ośrodku i osób trzecich, które to narzędzie podlega pełnej weryfikacji.

Tabela 2. Uprawnienie zastosowania przymusu w KOZZD

Rodzaj środka przymusu	Uprawnieni do zastosowania		
	lekarz	pracownik ochrony	uwagi
przytrzymanie	X	X	w przypadku różnicy zdań decyduje lekarz
przymusowe podanie prod. leczniczych	X		
założenie pasów lub kaftana	X		
izolacja	X		
kajdanki		X	
pałka służbowa		X	
ręczny miotacz substancji obozwl.		X	

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy

Zgodnie z faktem, że osoby umieszczone w Ośrodku są traktowane jako osoby z zaburzeniami psychicznymi, analogicznie jak w przypadku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, doprowadzenie do Ośrodka (przez Policję) musi się odbywać w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego (art. 20 ustawy).

Podsumowując można stwierdzić, że ustawa o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób to swoistego rodzaju dychotomia, którą ilustruje Wykres 1.

5. Przymus bezpośredni stosowany wobec osób w stanie nietrzeźwości

Przymus bezpośredni może być także stosowany wobec osób w stanie nietrzeźwości, doprowadzonych do izby wytrzeźwień lub innej placówki, jak również do jednostki Policji. Kwestie te reguluje ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi²⁵.

Zgodnie z art. 42 ust. 1 przesłankami zastosowania przymusu bezpośredniego wobec wyżej wymienionej osoby jest po pierwsze zagrożenia dla życia lub zdrowia własnego lub innej osoby, po drugie, niszczenie przedmiotów znajdujących się w jej otoczeniu.

Dostępne środki przymusu bezpośredniego są tożsame jak w przypadku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tj. przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie oraz izolacja. Jednak ustawodawca zastrzega, że wobec osób w stanie nietrzeźwości doprowadzonych do jednostki Policji można zastosować wszystkie dostępne środki, za wyjątkiem przymusowego podania leków. Wydaje się to być zrozumiałe w związku z faktem, że sytuacje zastosowania przymusu bezpośredniego noszą znamiona natychmiastowości i bezpośredniości, a funkcjonariusz policji nie jest przecież lekarzem i nie ma uprawnień do podawania leków.

Tak więc, decyzję o zastosowaniu środka przymusu (lub zaprzestaniu stosowania) w izbie wytrzeźwień lub innej placówce podejmuje lekarz lub felczer, który określa rodzaj zastosowanej formy przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Natomiast jeśli osoba nietrzeźwa jest umieszczona w jednostce Policji, o zastosowaniu przymusu (lub zaprzestaniu stosowania) decyduje komendant jednostki Policji lub osoba przez niego upoważniona, a podczas ich nieobecności – dyżurny jednostki Policji. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji wyżej wymienionych osób, o zastosowaniu przymusu decyduje funkcjonariusz Policji, który następnie sam go stosuje. Nie zmienia to faktu, że musi ob. Powiadomić osoby, które w pierwszej kolejności były uprawnione do decydowania o zastosowaniu przymusu.

²⁵ Dz. U. z 1982 r., Nr 35, poz. 230, z późn. zm.

Tak jak w przypadku wcześniej cytowanych aktów prawnych, tak i w przypadku przymusu stosowanego wobec osób w stanie nietrzeźwości przebywających w izbie wytrzeźwień lub innej placówce lub w jednostce Policji, obowiązuje zasada ostrzeżenia o zastosowaniu, zasada minimalizacji skutków oraz obowiązek zachowania szczególnej ostrożności i dbałości o dobro osoby (art. 42 ust. 6 ustawy).

Ustawodawca w art. 42 ust. 8 wymienia poszczególne rodzaje środków przymusu i definiuje je. Dokonuje tego w sposób analogiczny, jak w przypadku wcześniej cytowanych ustaw. Podobną analogię dostrzec można w przepisach dotyczących czasu trwania unieruchomienia – nie dłużej niż 4 godziny z możliwością przedłużenia na następne okresy, nie dłuższe niż 6-godzinne. Należy przy tym pamiętać, że zgodnie z art. 42 ust. 11 ustawy, przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania. Jeśli więc osoba nietrzeźwa po 20 minutach unieruchomienia wykazała podporządkowanie poleceniom, nie zagrażała już zdrowiu lub życiu własnemu lub innych osób czy nie uszkadzała przedmiotów w swoim otoczeniu to należy zaprzestać stosowania unieruchomienia, mimo, że pierwszy okres może trwać do 4 godzin.

Tak jak w przypadku kontroli pielęgniarki w szpitalu psychiatrycznym, tak i w przypadku osoby nietrzeźwej: pracownik wyznaczony przez dyrektora izby wytrzeźwień, pracownik wyznaczony przez kierownika placówki lub funkcjonariusz Policji wyznaczony przez komendanta jednostki Policji lub osobę przez niego upoważnioną, a podczas ich nieobecności – dyżurnego jednostki Policji, są zobowiązani do kontroli stanu zdrowia osoby, wobec której zastosowano unieruchomienie lub izolację, nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby oraz niezwłocznie po zaprzestaniu zastosowania przymusu bezpośredniego.

W tym miejscu zaznaczyć należy, że pomimo iż omawiany rodzaj przymusu bezpośredniego stosuje m.in. funkcjonariusz Policji, zastosowania nie mają przepisy ustawy z dnia 24 maja 2013 roku o środkach przymusu bezpośredniego. Spowodowane jest to faktem, że przymus stosowany na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości ma charakter leczniczy z elementami zapewnienia bezpieczeństwa. Natomiast przymus stosowany na podstawie ustawy o środkach przymusu – wyłącznie charakter zapewnienia bezpieczeństwa. Ponadto przesłanki zastosowania znacząco się różnią. Policjant ma prawo zastosować przymus

bezpośredni przewidziany przepisami ustawy o środkach przymusu bezpośredniego jedynie po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie o wychowaniu w trzeźwości lub gdy jego stosowanie było niecelowe – art. 42 st. 7 ustawy.

6. Przymus bezpośredni stosowany w związku z zagrożeniem chorobą zakaźną

Przymus bezpośredni w celach leczniczych można stosować także w przypadku zapobiegania oraz zwalczania chorób zakaźnych. Podstawową regulacją w tym zakresie jest ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi²⁶. Ustawodawca przewidział możliwość zastosowania takich środków ze względu na zagrożenie zarażenia lub epidemii choroby zakaźnej lub szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej.

Zgodnie z art. 36 cytowanej ustawy, przymus bezpośredni może zostać zastosowany w określonych przypadkach, tzn. kiedy dana osoba nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji, a u której to osoby podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną²⁷, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób. W ramach tych uprawnień możliwe jest zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci: przytrzymania, unieruchomienia lub przymusowego podania leków.

O zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego decyduje lekarz lub felczer (zawód pomocniczy, uprawniający do pomocy medycznej chorym). Osoba decydująca o zastosowaniu określa rodzaj środka oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie przez osoby wykonujące zawody medyczne.

²⁶ Dz.U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570.

²⁷ Definicja choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej zawarta jest w art. 2 pkt. 4 cytowanej ustawy - choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania, w tym cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne

Jak w przypadku wcześniej omówionych rodzajów przymusu leczniczego, tak i w tym przypadku obowiązuje zasada ostrzeżenia (uprzedzenie o zastosowaniu środka przymusu) oraz zasada minimalizacji skutków (wybór możliwie najmniej uciążliwego, dla osoby, wobec której się przymus stosuje, środka). Należy także, podczas stosowania, zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

Ustawodawca definiuje poszczególne środki przymusu bezpośredniego w sposób analogiczny do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przytrzymanie oraz do ustawy o postępowaniu wobec osób stwarzających zagrożenie, tj.: przytrzymanie polega na doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej, unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa, przymusowe podanie leków jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby – bez jej zgody.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego jak i ustawa o osobach stwarzających zagrożenie regulowały kwestię zastosowania środka przymusu w postaci unieruchomienia (lub izolacji) w bardzo szczegółowy sposób. Jasno określono obowiązki kontrolne pielęgniarki, czas trwania tego środka oraz jego ewentualne przedłużanie. W przypadku ustawy o chorobach zakaźnych przepisy te wydają się być bardzo lakoniczne. Ustawodawca reguluje wyłącznie czas stosowania danego środka, określając, że unieruchomienie może być stosowane nie dłużej niż 4 godziny. W razie potrzeby można dokonać przedłużenia na następne okresy 6 godzinne, przy czym nie dłużej niż 24 godziny łącznie. Jest to sytuacja analogiczna jak w przypadku ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i ustawy o osobach stwarzających zagrożenie. Jednak ustawodawca nie zawarł np. obowiązków pielęgniarki kontrolowania co 15 minut stanu osoby unieruchomionej, obowiązku zasięgnięcia opinii innego lekarza przy kilkukrotnym przedłużaniu okresu unieruchomienia czy też obowiązku osobistego badania danej osoby przez lekarza przed decyzją o przedłużeniu stosowania. Jedynym obostrzeniem jest fakt, że przymus w postaci unieruchomienia, stosowany w ramach ustawy o chorobach zakaźnych nie może być łącznie stosowany dłużej niż 24 godziny. W przypadku szpitali psychiatrycznych było to możliwe, ale po wcześniejszym poinformowaniu o przedłużeniu ordynatora.

Lekarz lub felczer może wystąpić z wnioskiem o pomoc w realizacji swoich uprawnień w zakresie przymusu bezpośredniego. Wniosek ten może być kierowany do: Policji, Straży Granicznej lub Żandarmerii Wojskowej, a udostępnienie pomocy następuje pod warunkiem, że funkcjonariusz lub żołnierz zostanie wyposażony przez lekarza lub felczera w środki chroniące przed chorobami zakaźnymi (art. 36 ust. 3 cytowanej ustawy).

Każdorazowe zastosowanie przymusu bezpośredniego musi być odnotowane w dokumentacji medycznej. Obowiązek ten jest analogiczny jak w przypadku szpitali psychiatrycznych czy Ośrodka.

7. Podsumowanie

Opisany w ramach niniejszej części pracy przymus bezpośredni nosi znamiona przymusu leczniczego ze względu na osoby wobec których jest stosowany, a więc: osoby z zaburzeniami psychicznymi, przebywające w szpitalach psychiatrycznych lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, osoby podlegające obowiązkowemu szczepieniu przeciw chorobom zakaźnym, osoby z zaburzeniami psychicznymi stwarzające zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, przebywające w KOZZD, osoby w stanie nietrzeźwości doprowadzone do izby wytrzeźwień, innej placówki lub jednostki Policji. Ponadto wyodrębnienia dokonano ze względu na miejsca, w których jest stosowany, tj. placówki służby zdrowia, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, izby wytrzeźwień lub jednostki Policji. Cel zastosowania przymusu bezpośredniego jest określony jako leczniczy ze względu na związek z czynnościami medycznymi i opieką medyczną.

Poniższa tabela stanowi podsumowanie przedstawionych w artykule przypadków zastosowania przymusu w celach leczniczych.

Tabela 3. Zastosowanie przymusu leczniczego. Ujęcie porównawcze

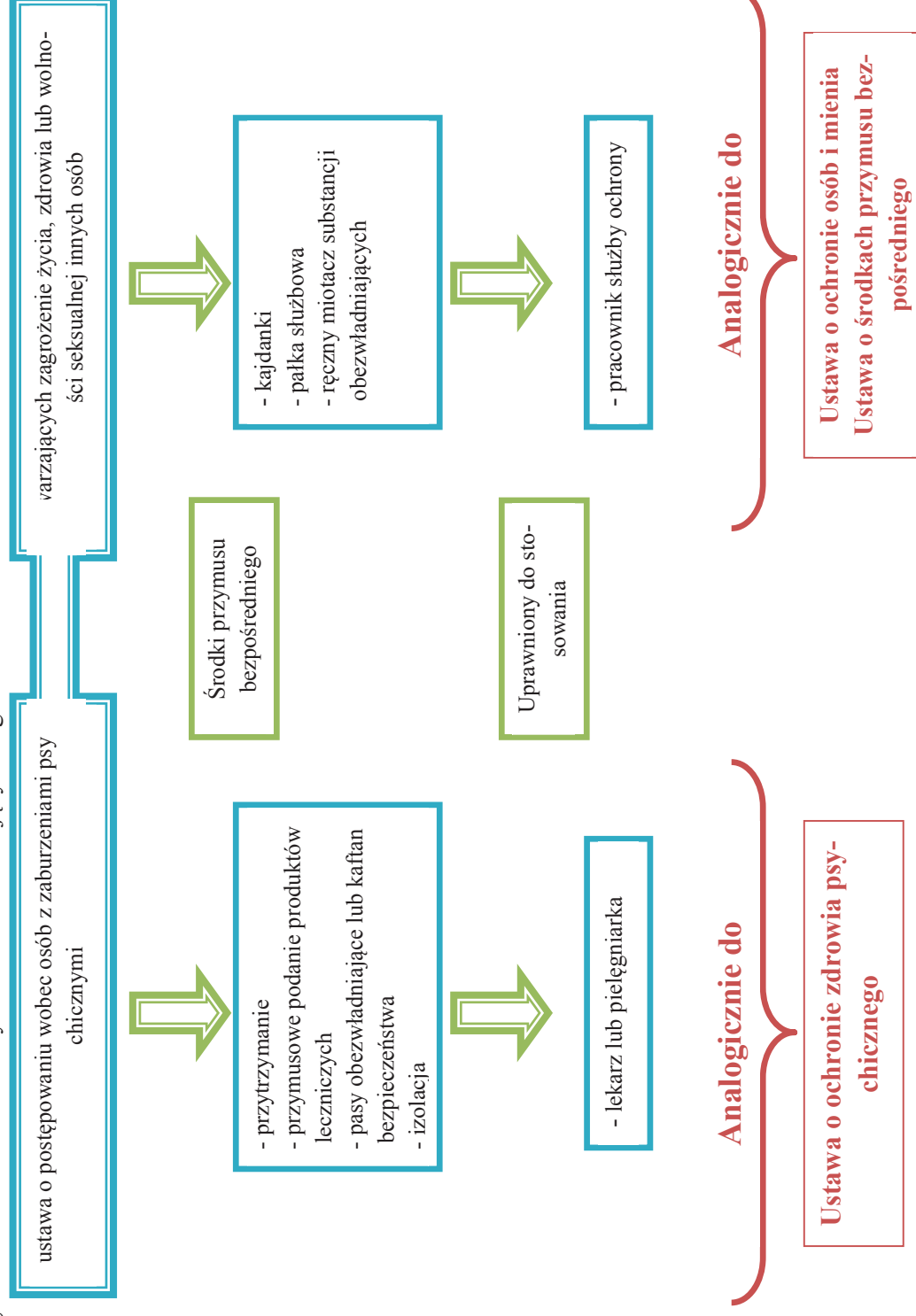
Główne cechy porównawcze / miejsce stosowania przymusu		Podmiot leczniczy ^[1]	Placówka zdrowia ^[2]	KOZZD	Placówka dla osoby nietrzeźwej	
		Przymus leczniczy			Jednostka Policji	Lzba wytrzeźwień
Osoba stosująca przymus	lekarz	X	X (decyduje i wykonuje)	X		X
	felczer		X (decyduje i wykonuje)			X
	pielęgniarka	X		X		
	kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych	X				
	osoba wykonująca zawody medyczne		X (wykonuje)			
	pracownik ochrony fizycznej			X		
	wychowawca					
	Komendant Policji ^[6]				X	
Środki przymusu bezpośredniego	przytrzymanie w postaci siły fizycznej	X	X	X	X	X
	przymusowe podanie leków	X	X	X		X
	unieruchomienie	X	X	X	X	X
	izolacja	X		X	X	X

Przestanki zastosowania przymusu	kajdanki					X			
	pałka służbowa					X			
	ręczny miotacz substancji obozwl.					X			
	dopuszczenie się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby	X				X			
	dopuszczenie się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu	X				X			
	stworzenie zagrożenia dla życia lub zdrowia własnego lub innej osoby						X		X
	niszczenie lub uszkodzenie w sposób gwałtowny przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu	X				X			X
	poważne zakłócanie lub uniemożliwianie funkcjonowania określonego rodzaju placówki	X				X			
	próby samowolnego opuszczenia placówki					X			
	nawoływanie innych osób do w/w działań					X			
	próby samowolnego oddalenia, podczas przebywania poza placówką (np. w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych)					X			
	kiedy dana osoba nie poddaje się obowiązkowi szczepienia ^{7]}				X				

[1] w tym: szpitale psychiatryczne, jednostki organizacyjne pomocy społecznej (podstawa prawna: ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego)

[2] wyłącznie w kontekście chorób zakaźnych (podstawa prawna: ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi)

Wykres 1. Dychotomia w ramach ustawy o osobach stwarzających zagrożenie



State is equipped with a lot of different law means and instruments. One of them, which is the most intensive, is the force coercion, which is connected to physical force. Only state can use this kind of coercion legal, because it interferes in rights and duties sphere of human and citizen. That's why coercion has such a extensive meaning. We can distinguish it by it's aims (aims of using coercion). One of the aims is, which is described in this article, medical and curing aim. Using coercion is connected with human health, mainly physical health. Conditions and circumstances of using coercion, kinds of means and kinds of people, towards who state can use coercion are regulated by law. If representatives of the state will not fulfil this conditions and rules, we can say that the break the law. The coercion is not the aim in it's essence. It is a mean, an instrument to reach other, more important aims. In this article – medical and cure aims. The aim of using coercion is not to make a harm to somebody but to protect others people from somebody's wrong behavior or protect this person from himself.